



# INTERNET FORM

## Formulario de información del paciente

| Información demográfica del paciente  |                       |   |   |  |              |
|---|-----------------------|---|---|--|--------------|
| <b>*Apellido</b>  |                       | <b>*Primer nombre</b>   |   | <b>*Inicial 2.º nombre</b>   |              |
| Dirección   |                       | Ciudad  | Estado  | Código postal  |              |
| <b>*Teléfono particular</b>   |                       | <b>*Recordatorios de citas - Método de contacto</b><br>(Elegir método de preferencia) <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Email<br><input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> No recibir recordatorios de citas |   |  |              |
| <b>*Teléfono celular</b>  |                       | <b>*Dirección de email</b>  |   | <input type="checkbox"/> No da email <input type="checkbox"/> No tiene email   |              |
| <b>*Fecha nacim.</b>  | N.º del Seguro Social | <b>*Sexo</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M  | Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro |  |              |
| Información del empleador   |                       |   |   |  |              |
| Empleador   |                       | Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Ninguna<br><input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Estudiante  |   |  |              |
| Dirección   |                       | Ciudad  | Estado  | Código postal  |              |
| Teléfono laboral  |                       | Ocupación   |   |  |              |
| Información de contacto de emergencia   |                       |   |   |  |              |
| Nombre del contacto   |                       | Teléfono  | Relación  |  |              |
| Información del médico  |                       |   |   |  |              |
| Médico remitente  |                       | Teléfono  | Fecha de receta   |  |              |
| Preguntas adicionales   |                       |   |   |  |              |
| Fecha aparición síntomas/lesión   |                       | Poscirugía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | Fecha de la cirugía   | Parte del cuerpo/diagnóstico   |              |
| Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                       | Posaccidente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | Automovilística <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | Abogado involucrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |              |
| Ajustador/Enfermero/Trabajador social   |                       | Teléfono  | Abogado   | Teléfono   |              |
| ¿Ha recibido terapia con anterioridad este año? (Física/Ocupacional/Del lenguaje/Quiropráctica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                       |   | ¿Dónde escuchó hablar de nosotros?  |  |              |
| SOLO para beneficiarios de Medicare   |                       |   |   |  |              |
| Si es beneficiario de Medicare, ¿recibe actualmente Servicios Médicos Domiciliarios? Sí No  |                       |   |   |  |              |
| En caso afirmativo, ¿nombre de la agencia?  |                       | Si recibió el alta, ¿última fecha de servicios?   |   |  |              |
| ¿Reside actualmente en un Centro de Enfermería Especializada? En caso afirmativo, ¿nombre del centro?   |                       |   |   |  |              |
| Sección de seguro primario  |                       | Sección de seguro secundario  |   |  |              |
| <b>*Plan de seguros</b>   |                       | <b>*Plan de seguros</b>   |   |  |              |
| <b>*N.º id. póliza:</b>   |                       | <b>*N.º id. póliza:</b>   |   |  |              |
| <b>*N.º grupo:</b>  |                       | <b>*N.º grupo:</b>  |   |  |              |
| <b>*Teléfono aseguradora:</b>   |                       | <b>*Teléfono aseguradora:</b>   |   |  |              |
| ¿Es titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, continuar   |                       | ¿Es titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, continuar   |   |  |              |
| Nombre del titular  |                       | Fecha nacim.  | Nombre del titular  |  | Fecha nacim. |
| Relación paciente con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a                 |                       | Relación paciente con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a   |   |  |              |
| Paciente: Escriba sus iniciales si la información de arriba es completa y correcta  |                       |   |   | Fecha  |              |
| ***SOLO para uso del personal   |                       |   |   |  |              |
| Admisión completada por   |                       | Fecha   | <b>*Fecha de evaluación programada</b>  |  |              |
| Registrada por  |                       | Fecha   | Cuenta N.º:   |  |              |
| El especialista en servicios al paciente pondrá sus iniciales junto a cada paso una vez que se lleven a cabo.   |                       |   |   |  |              |
| Revelación de información sobre facturación agregada en comentarios <input type="checkbox"/>  |                       | *Verificación de ID con foto <input type="checkbox"/><br>*Declaración de derechos del paciente provista <input type="checkbox"/>  |   | Consentimiento para recibir llamadas o mensajes, revisado con paciente. Si el paciente acepta y firma el consentimiento, ¿está marcado el cuadro de Recibe SMS? <input type="checkbox"/> |              |